

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

81

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 16 Décembre 1896, à l'heure

PAR

Louis SEGUIN

Né à Autun (Saône-et-Loire), le 2 juin 1870

DE L'OEDÈME AIGU PRIMITIF DU LARYNX

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. CHAUFFARD, professeur.

LETULLE et NETTER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 16 Décembre 1896, à 1 heure

PAR

Louis SEGUIN

Né à Autun (Saône-et-Loire), le 2 juin 1870

DE L'OEDÈME AIGU PRIMITIF DU LARYNX

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. CHAUFFARD, professeur.

LETULLE et NETTER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		N.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		Mathias DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilit. .		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux ..		TILLAUX.
Clinique chirurgicale		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires ..		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchement		TARNIER.
		PINARD.
	Professeur honoraire. ..	M. PAJOT.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILÉAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIÉ.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTÉTER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MES AMIS

A MES MAITRES
de la Faculté et des Hôpitaux de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN
▲
Médecin de la Charité
Membre de l'Académie de médecine et de l'Académie
des Sciences
Officier de la Légion d'honneur

La vieille conception de l'œdème de la glotte, tel que le décrivaient les anciens auteurs, a été complètement modifiée par les travaux récents. La dénomination moderne d'*œdème du larynx* indique que le processus morbide ne se limite pas aux seules cordes vocales. On sait de plus que la lésion est le plus souvent secondaire à une altération antérieure de l'organe vocal : tuberculose, syphilis, tumeur, etc. Dans ce travail nous n'aurons en vue que la forme idiopathique de l'œdème aigu du larynx.

L'œdème du larynx existe en tant qu'affection aiguë et primitive ; il y a à cet égard des faits bien établis et des observations très nettes. Cette laryngite œdémateuse est très rarement primitive, selon Krishaber et Peter, Morell-Mackensie, Semon, Solis-Cohen, etc. Certains auteurs en ont même formellement nié l'existence. D'autres, au contraire, la croient fréquente, et, chose curieuse, ces observations se rapportent à une période où la laryngoscopie n'existait pas ; dans certains cas même l'autopsie n'a pas été

faite (cas de Van Svieten, de Cruveilhier, etc.) En somme ces œdèmes aigus primitifs sont rares. Sestier, le premier, en a donné une bonne description clinique : Goix, en 1882, et Charazac, en 1885, en ont réuni quelques observations typiques. Les faits rapportés récemment offrent surtout de l'intérêt, en ce qu'ils visent à élucider la question si discutée de la pathogénie. Rappelons les cas publiés par Garel (de Lyon), par Masséi (de Naples) qui fait intervenir l'érysipèle dans l'étiologie de certains œdèmes par Moure, Barjon ; les recherches bactériologiques de Sokolowski, Joserand, Dorange, Barjon.

Les divergences des auteurs apparaissent quand il s'agit d'interpréter ce que l'on entend par œdème aigu primitif.

Les uns comprennent sous cette dénomination l'infiltration séreuse des tissus du larynx : ils se refusent absolument à ranger dans cette catégorie l'œdème purulent, l'abcès laryngé à proprement parler qu'ils considèrent comme un phlegmon diffus ou circonscrit (Avellis) (1).

D'autres auteurs admettent comme œdèmes aigus primitifs : 1° L'œdème aigu infectieux septique, malin, et l'œdème aigu non infectieux, bénin ; 2° des œdèmes toxiques provoqués par l'absorption de certains médicaments, et, en particulier, de l'iodure de potassium ; 3° des œdèmes névropathiques.

1) Avellis. — Wiener med. Wochenschrift, n° 46, 48, 1892.

Nous pensons que l'œdème glottique déterminé par l'iodure de potassium ne constitue pas un œdème primitif ; il est secondaire et provoqué par l'ingestion du médicament. D'autre part l'œdème angioneurotique semble bien exister, quoique extrêmement rare, mais nous croyons que sous ce nom on a rangé des œdèmes autrefois dits à frigore, et qui sont plutôt de nature infectieuse. Il n'est pas discutable toutefois qu'il y ait un œdème aigu du larynx, névropathique, angioneurotique, résultant d'une réaction nerveuse, d'une poussée vaso-dilatatrice et indépendant de tout phénomène infectieux. Ces cas curieux, signalés par Strubing, sont à rapprocher des œdèmes aigus suffoquants de la luette observés par M. Ballet. C'est surtout chez certains individus névropathes que ces poussées œdémateuses peuvent se produire, soit sous l'influence d'un refroidissement, soit même sans cause directement appréciable.

Nous réservons donc la dénomination d'œdèmes aigus primitifs du larynx : 1° à ces œdèmes angioneurotiques dont nous venons de parler, 2° aux œdèmes infectieux. C'est de ces derniers surtout qu'il sera question au cours de ce travail.

Ceux-ci peuvent se diviser en deux catégories distinctes, suivant qu'on y observe ou non de la suppuration : a) l'œdème avec suppuration qui correspond aux cas décrits sous les noms de laryngite phlegmonieuse, abcès retro-laryngés, abcès de larynx ; b) l'œ-

dème séreux répond à ce qu'on a décrit sous le nom d'érysipèle primitif du larynx (Massei), d'œdème aigu infectieux bénin (Garel). Ces deux formes diffèrent d'une manière considérable au point de vue du pronostic, la mort étant la règle quand il y a suppuration, la guérison, au contraire, étant fréquente dans la forme séreuse.



Étiologie. — Pathogénie

On connaît encore très-peu, aujourd'hui, les causes occasionnelles des œdèmes primitifs du larynx.

Tout d'abord, en ce qui a trait aux œdèmes angioneurotiques, on ne peut incriminer ni processus inflammatoire, ni obstacle à la circulation dans les veines laryngiennes, ni introduction d'éléments infectieux. Ces œdèmes doivent-ils leur origine exclusivement à une névrose des nerfs vaso-moteurs des vaisseaux laryngiens? Quelle est leur nature et sous l'influence de quelles causes se produisent-ils? Le problème n'a pas été résolu, et les explications physiologiques et pathologiques n'en sont pas données. S'agit-il d'une paralysie des vaso-constricteurs ou d'une excitation des vaso-dilatateurs? Peut-être serait-ce cette dernière qui produit de l'hypérémie d'abord, des transsudations séreuses ensuite.

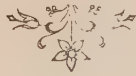
Pour ce qui est des œdèmes infectieux, bénins ou graves, on a fait intervenir diverses causes, banales pour la plupart.

Beaucoup d'auteurs invoquent l'influence du froid. Tous les traités citent le cas remarquable rapporté par Trousseau. Il se trouvait à l'hôpital Necker,

quand on vint le prévenir qu'on apportait à cet établissement un individu qui se mourait dans d'épouvantables accès de suffocation. C'était un homme de 35 ans, très vigoureux, qu'on avait ramassé sur le boulevard des Invalides. Sa respiration, extrêmement gênée, faisait entendre dans les mouvements d'inspiration un sifflement laryngé, l'expiration était moins difficile. Le doigt porté profondément dans la gorge permit de constater une tuméfaction notable de l'épilyglotte et des replis aryténo-épiglottiques. Le malade, après de copieuses libations, avait passé la nuit, qui était très froide, en plein air; le matin il s'était réveillé avec un violent mal de gorge, et en une heure ou deux il en était arrivé à cet état. Dans de nombreuses observations on retrouve ce facteur étiologique. Nous pensons qu'on peut faire quelques objections à cette donnée : dans bien des cas l'examen laryngoscopique n'a pas été fait; le malade a été trachéotomisé, il a guéri ou il a succombé, et dans ce dernier cas la relation anatomo-pathologique manque parfois; on n'a pas toujours songé à faire l'examen des urines; de plus, dans quelques observations il y avait une amygdalite ou une pharyngite, et alors l'œdème laryngé était secondaire. Il arrive cependant qu'on se soit mis à l'abri de ces sources d'erreurs, et on arrive, en dernier terme d'analyse, à ne trouver que le froid seul comme cause provocatrice de l'œdème aigu primitif. Mais

nous savons que cette notion *a frigore* ne cadre plus guère avec la rigueur de l'esprit scientifique actuel. Ce qu'on peut admettre cependant, c'est que le froid (ou telle autre cause banale), réduisant le pouvoir de résistance de la muqueuse laryngée, rend possible en ce milieu la culture de l'un des nombreux microbes pathogènes, streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, hôtes habituels des cavités buccales et nasales.

On sait quelle est la fréquence des petites lésions catarrhales chroniques de l'arrière-gorge ; elles constituent un terrain favorable au développement d'une inflammation suraigüe, Que la muqueuse laryngée offre une légère érosion, une petite ulcération d'un follicule clos, voilà immédiatement une porte d'entrée pour les nombreux microbes que l'homme sain cultive dans ses voies aériennes supérieures.



On a signalé comme autre cause occasionnelle le traumatisme (injection d'une substance caustique ou d'un liquide bouillant, corps étrangers du larynx), une fatigue considérable de l'organe vocal, résultat de l'action de la parole et du chant.

Il semble bien démontré actuellement que ces accidents laryngés relèvent d'une infection microbienne, et l'hypothèse de cette origine infectieuse admise par quelques auteurs a été vérifiée par les recherches cliniques et bactériologiques de Garel (de Lyon), de Massei (de Naples), de Barjon, etc.

C'est surtout le streptocoque et le pneumocoque qui ont été l'objet de recherches bactériologiques. Israël et Frankel ont trouvé le streptocoque, mais dans des cas qui diffèrent un peu cliniquement. Massei, dans les œdèmes qu'il décrit sous le nom d'érysipèle primitif du larynx, pense que le principal rôle appartient à ce microbe, mais ses recherches expérimentales sont insuffisantes. Tassano a confirmé par l'étude bactériologique, l'existence de l'érysipèle primitif du larynx. Il cite deux observations dans lesquelles il fit l'autopsie et trouva dans le larynx en grande quantité le streptocoque décrit par Fehleisen comme le microbe propre de l'érysipèle.

Le pneumocoque a été aussi rencontré dans les œdèmes primitifs. Garel avait soupçonné sa présence dans sa première observation, mais il ne fit aucun examen bactériologique. » Cette recherche a été faite par Josserand, en 1890, et par Barjon, en 1894. Dans ces deux observations ayant entre elles une grande analogie et répondant à un type clinique bien spécial, il s'agissait d'un œdème aigu rétro-laryngé. Notons la coexistence de la pneumonie qui est signalée dans plusieurs observations (Barjon, Garel).

M. Netter a observé des staphylocoques dans le pus d'un abcès du larynx. Bouloche a rencontré des streptocoques et quelques staphylocoques.

Par quelles voies pénètrent les germes ? Les pneumocoques, on le sait, ont plus de tendance à suivre les voies naturelles, et comme on en trouve presque constamment dans la cavité buccale à l'état normal, il paraît tout naturel de penser à une infection directe par les voies respiratoires.

L'observation, du reste, confirme pleinement ce mode d'infection par les voies naturelles. Dans les cas à pneumocoques, on assiste, pour ainsi dire, à l'évolution des accidents se montrant de haut en bas sur tout le trajet de voies aériennes.

Les streptocoques se propagent au contraire le plus souvent soit par les vaisseaux sanguins, soit par les lymphatiques. C'est à eux que s'applique plus particulièrement l'opinion de M. Bouchard. L'inocu-

lation se fait par les voies sanguines et lymphatiques (infection générale) et les germes viennent ensuite se localiser plus particulièrement sur tel ou tel point faible: l'amygdale (amygdalites infectieuses, fièvre amygdalienne), le larynx (œdème aigu primitif).

Quant aux complications pulmonaires qui succèdent à ces différentes infections, elles doivent être provoquées par un mécanisme pathogénique analogue. Au pneumocoque correspond la pneumonie lobaire franche; au streptocoque sont dues plutôt des broncho-pneumonies à formes diverses (Barjon).



Symptômes

Ce début de l'œdème primitif laryngé est toujours aigu. A la suite d'un refroidissement, d'une émotion, d'une fatigue vocale, un individu sans lésion laryngée antérieure, ressent brusquement tantôt une douleur ou une cuisson à la gorge, tantôt de simples picotements, quelquefois une douleur très vive : peu à peu la voix s'enroue, la déglutition devient pénible, et parfois des troubles graves de la respiration surviennent qui amènent le malade à l'hôpital. Ces symptômes locaux cèdent le pas quelquefois à des troubles généraux, frissons, fièvre, signes généraux intenses, qui rappellent le cortège des maladies infectieuses : cela s'observe surtout quand il y a abcès laryngé.

Qu'il y ait simple œdème séreux ou œdème purulent, laryngite phlegmoneuse, le malade présente toujours à un degré plus ou moins intense, une série de troubles communs. Pour différencier ces deux modalités cliniques, il faut pratiquer l'examen laryngoscopique. Nous étudierons donc : les symptômes subjectifs ; puis les signes objectifs.

SYMPTOMES SUBJECTIFS

D'une manière générale on peut dire que ces troubles sont ceux qui accompagnent toute sténose glottique ou obstruction des voies aériennes ; mais ils présentent certains caractères spéciaux.

Douleur. — Elle n'est pas constante et peut faire défaut. Quelquefois elle est limitée à un côté du larynx. Quand elle existe, le malade accuse une cuisson ou un chatouillement à la gorge. Bientôt c'est une sensation de brûlure, de corps étranger ; les malades « comparent cette sensation à une boule qui obstrue la partie supérieure du larynx, gênant la respiration et souvent la déglutition, suivant les mouvements du larynx et du pharynx, en sorte que dans l'acte d'avaler, elle paraît remonter et puis redescendre à sa place. Cette sensation de corps étranger donne parfois des envies de vomir, souvent aussi un besoin d'avaler. » (Charazac).

Troubles de la déglutition. — Ils se montrent fréquemment dès le début de l'œdème et sont parfois assez marqués. On observe surtout de la dysphagie douloureuse et une gêne de la déglutition. La dysphagie est plutôt mécanique et peu douloureuse lorsque l'infiltration est exagérée et siège à la face postérieure de la région crico-thyroïdienne. La dysphagie est plutôt douloureuse dans les cas d'abcès

laryngé, d'œdème infectieux. La déglutition peut n'être que légèrement troublée, mais dans les œdèmes très marqués, l'alimentation du malade peut être gênée; ce fait s'observe surtout quand l'abcès est étendu ou comprime la partie supérieure de l'œsophage. Il y a des cas où les piliers et la luette sont envahis par l'infiltration œdémateuse, ce qui ajoute encore à la dysphagie.

Troubles de la voix. — Dans la plupart des observations, la voix est ordinairement conservée, et cela s'explique si l'on se rappelle que les cordes vocales sont presque toujours respectées par l'œdème. Même quand elles sont œdématiées, la voix peut n'être que légèrement altérée, pourvu que leur rapprochement puisse se faire assez librement.

Cependant, presque toujours en même temps que l'œdème de l'épiglotte et des replis, existe un catarrhe des cordes qui sont plus ou moins rouges, épaissies et recouvertes de muco-pus, d'où enrrouement, raucité de la voix, parfois même aphonie, toute passagère d'ailleurs.

Troubles respiratoires. — Ils constituent le symptôme le plus constant et le plus grave de l'œdème aigu primitif du larynx. Quelquefois des accidents asphyxiques s'installent d'emblée, mais le plus souvent ils apparaissent lentement et d'une façon progressive. L'inspiration devient peu à peu sifflante, l'expiration étant libre. Plus tard la gêne respiratoire

s'étend aux deux temps avec maximum à l'inspiration, la dyspnée devient plus vive, les accès de suffocation et de tirage apparaissent, puis les symptômes d'asphyxie.

Les accès de suffocation peuvent être provoqués par des causes diverses, tantôt par l'ingestion de quelques gouttes de liquide, tantôt par l'introduction d'un instrument, abaisse-langue ou miroir laryngien, plus souvent par le toucher pharyngien. On doit bien se garder de pratiquer ce dernier qui, même effectué avec précaution, n'est pas exempt de danger et peut déterminer un spasme de la glotte. Les accès paroxystiques de dyspnée sont beaucoup plus fréquents la nuit que le jour. Si l'on n'intervient pas, le malade peut succomber dans un accès de suffocation, avec des convulsions généralisées, ou bien l'asphyxie devient progressive et il meurt dans le coma.

Toux. Expectoration. — La sensation de corps étranger et de boule que ressentent les malades au fond de la gorge détermine chez presque tous de la toux et surtout de l'expectoration. La toux est principalement fréquente quand il y a complication pulmonaire, pneumonie franche ou broncho-pneumonie. L'expectoration est constante, muqueuse d'abord, puis purulente au moment de l'ouverture de l'abcès laryngé. Cette évacuation se fait à la suite d'une quinte de toux ; le malade rejette une quantité plus ou moins considérable de muco-pus, parfois si

faible qu'il ne s'en aperçoit pas ; seul, le miroir laryngien décèle l'ouverture de la collection, en montrant un petit pertuis blanchâtre au niveau de la muqueuse laryngée. Il arrive ici ce qui se produit après l'ouverture de tout abcès, ce qu'on observe si bien en particulier après l'incision d'un gros phlegmon amygdalien : tous les accidents graves s'atténuent et disparaissent rapidement.

Troubles généraux. — Ils s'observent presque constamment dans les œdèmes aigus primitifs du larynx, mais sont très variables. Tantôt ils sont marqués par un peu de fièvre, quelques frissons, un malaise général. Dans d'autres cas, la température s'élève rapidement, atteint 39 et même 40 degrés et présente des oscillations et des poussées correspondant à la formation du pus ou à l'apparition d'une complication pulmonaire. Le pouls est petit et fréquent. Insomnie, anxiété continuelle, constipation. Les urines présentent les caractères des urines fébriles.

En somme on retrouve ici toute l'allure des maladies infectieuses. « Cette différence dans l'intensité des phénomènes généraux, dit Charazac, correspond parfaitement à deux variétés bien distinctes, ou plutôt à deux degrés différents de la maladie : le premier dans lequel l'infiltration est purement séreuse, le second qui n'est que l'exagération de l'état précédent, dans lequel l'infiltration, de séreuse qu'elle

était, est devenue purulente, entraînant avec elle des désordres profonds, un état général pouvant être sérieux, et, dans tous les cas, des altérations locales beaucoup plus graves que dans le stade précédent. »



Symptômes objectifs

Quand on examine un malade atteint d'un œdème aigu laryngien, on voit qu'il présente, à la période d'état, tous les signes d'une obstruction glottique : tirage sus et sous-sternal, facies cyanosé, respiration bruyante et sifflante. Au moment des accès, tout s'exagère, le facies est angoissé, les lèvres et les extrémités sont cyanosées, la surface du corps et surtout la face sont froides et couvertes d'une sueur visqueuse. Le visage est congestionné, tuméfié, les veines du cou sont gonflées et turgescents, les yeux injectés. Le malade se tient assis sur son lit, cherchant un point d'appui pour favoriser le jeu de ses muscles inspireurs,

Examen du cou. — L'œdème et l'empâtement de la région cervicale antérieure ont été signalés dans un très petit nombre d'observations.

La palpation fournit, d'après Barjon, un signe extrêmement important qui consiste dans l'abolition du craquement laryngo-vertébral. « A l'état normal, si l'on saisit le larynx entre ses doigts et qu'on lui imprime des mouvements de latéralité en ayant soin d'appuyer légèrement contre la colonne, on produit un craquement très sensible provoqué par le ressaut

des pièces cartilagineuses du larynx contre la face antérieure des corps vertébraux. Dans les œdèmes laryngés, l'infiltration de la partie postérieure du larynx forme comme un coussinet isolant qui empêche le craquement de se produire. Ce signe est constant dans la forme phlegmoneuse ou abcès rétro-laryngé. Dans les œdèmes séreux, il peut manquer quelquefois, ou du moins se manifester d'une façon incomplète. Le craquement persiste, mais il est affaibli ».

a) *Examen de la gorge.* — A l'inspection directe avec l'abaisse-langue, on aperçoit très souvent un peu de rougeur et d'injection de la paroi postérieure du pharynx, un léger œdème des piliers et du voile du palais ; mais ces signes sont inconstants ; fréquemment cet examen ne révèle rien de particulier. En tout cas, il doit être fait avec une grande prudence et non brutalement, de peur de provoquer un accès de suffocation et un spasme glottique.

b) Le toucher digital était fréquemment employé autrefois avant la découverte du laryngoscope ; c'est du reste sa seule justification, car c'est un procédé d'examen auquel il n'est plus permis d'avoir recours actuellement, puisqu'on possède le miroir laryngien, c'est-à-dire une méthode d'examen direct. Il est certain que l'exploration digitale peut fournir de bons renseignements pour le diagnostic : le doigt introduit dans l'arrière-gorge peut sentir l'épiglotte et les

replis œdématisés, mais les sensations sont plutôt vagues que précises. C'est donc un procédé infidèle ; en outre, il est dangereux, car cette manœuvre chez un dyspnérique peut être le point de départ de réflexes et de spasmes qui provoquent des accès de suffocation.

c) *Examen laryngoscopique.* — C'est le miroir laryngien qui, seul, permettra un diagnostic certain. Mais il n'est pas toujours pratiqué, soit par ignorance, soit par défaut d'installation ; aussi il n'est guère relaté que dans les observations recueillies par les laryngologistes.

Cet examen doit être fait avec précaution pour éviter tout danger ; pratiqué avec soin, il ne détermine aucun accident. Il montre le siège de l'œdème. L'épiglotte se présente ordinairement sous la forme d'un gros bourrelet rouge et épaissi ; tantôt elle est aplatie, recroquevillée en forme de gouttière, laissant une fente très rétrécie pour le passage de l'air ; tantôt elle est arrondie et se présente sous l'aspect d'un oméga ou d'un phimosis. Les replis aryéno-épiglottiques sont plus ou moins gonflés ; ils ont parfois la forme de deux poches remplies de liquide et sont recouverts d'une muqueuse rosée.

Les aryénoïdes sont tuméfiés, leur surface est plus ou moins rouge, et enflammée ; quelquefois un seul aryénoïde est touché, l'œdème est unilatéral. Les bandes ventriculaires forment deux gros cordons

rouges qui recouvrent plus ou moins les cordes vocales et peuvent les cacher complètement. Quand on peut apercevoir celles-ci, on ne voit en général que leur tiers postérieur ; leur surface est presque toujours normale, parfois un peu rouge et vascularisée. Elles participent très rarement à l'infiltration œdémateuse.

Dans certains cas les caractères objectifs sont nettement tranchés. S'il s'agit d'un œdème séreux, l'examen laryngoscopique montre un œdème mou, gélatineux, tremblotant, d'aspect translucide. La coloration est livide ou violacée, vineuse. Au contraire, dans la laryngite phlegmoneuse, l'abcès laryngé, l'œdème est plus dur, plus tendre, franchement rouge.

Il y a des cas enfin où l'œdème est absolument limité, comme dans l'observation de Ruault où il n'existait qu'une épiglote circonscrite.



MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

Pronostic.

L'œdème aigu primitif du larynx a un début et une marche très rapides. Un individu jusque-là bien portant, est pris d'un mal de gorge violent, il a quelques accès de suffocation ; quelques heures plus tard il meurt : tel est le cas rapporté par Trousseau. Quelquefois l'œdème s'installe plus lentement, la dyspnée se produit progressivement, les accès éclatent peu à peu, et le malade arrive au bout de quelques jours à la période d'asphyxie. Tantôt tout est local, sans grande réaction générale, tantôt l'infection sinon prédomine, du moins marche de pair avec les signes laryngés.

La marche de la maladie est commandée par la nature des lésions. Dans l'œdème séreux, les symptômes généraux sont moindres, il n'existe pas d'expectoration purulente, les complications sont rares, la marche est rapide et très influencée par le traitement. Massei qui décrit cette forme sous le nom d'érysipèle primitif du larynx, insiste dans sa communication au congrès de Berlin, en 1890, sur les symptômes suivants qui, d'après lui, servent à la différencier :

1° boursoufflement très marqué au début, dysphagie précoce ; 2° facilité de déplacement de l'œdème qui peut se porter d'un point à un autre du larynx ; 3° fièvre du début atteignant d'emblée 39 et 40 degrés, à marche irrégulière et à rémission rapide. Dans le phlegmon laryngé, les symptômes généraux sont au contraire beaucoup plus accentués ; cliniquement on se trouve en face d'une infection profonde, les complications sont très-fréquentes, surtout du côté du poumon : pneumonies, broncho-pneumonies. Le pronostic est très grave dans la forme phlegmoneuse ; au contraire dans la forme séreuse, la guérison est fréquente. La durée de la maladie varie de 3 à 10, 15 et, même 20, jours, dans les cas sérieux. La convalescence est toujours longue et traînante dans les formes graves. On voit que le malade vient de subir une intoxication profonde.

Dans les cas qui se sont terminés par la mort, celle-ci a été le fait ou de l'asphyxie produite par la sténose aiguë laryngée, ou d'une complication. La mort par asphyxie ne présente rien de spécial : c'est une asphyxie mécanique, comme celle qu'on observe dans le croup, l'obstruction des voies aériennes par des corps étrangers. Les complications sont surtout les complications pulmonaires qui tuent à la façon des pneumonies ou des broncho-pneumonies infectieuses.

Diagnostic

Le diagnostic d'œdème aigu primitif s'appuie sur les signes que nous avons énumérés plus haut, sur les commémoratifs, le début brusque chez un individu en pleine santé, à la suite d'un traumatisme, après un refroidissement ; il s'affirme après l'examen laryngoscopique. Autrefois beaucoup d'œdèmes ont été dits aigus et primitifs, alors que le miroir laryngé n'existait pas, alors qu'il n'y avait peut-être pas œdème. On ne doit donc considérer comme probants que les cas où l'examen complet et soigneux a été pratiqué. Sans cet examen on s'expose à des erreurs de diagnostic.

La paralysie des abducteurs peut en effet simuler complètement le syndrome de l'œdème glottique. Début chez un individu en bonne santé, mêmes symptômes dyspnéiques avec menace d'asphyxie. L'examen laryngoscopique dans ces cas lève immédiatement les doutes ; il montre l'absence d'œdème, l'aspect normal du larynx et la sténose laryngée due au rapprochement des cordes vocales, à leur immobilisation, du fait soit de la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, soit de la contracture des muscles constricteurs de la glotte. Si la laryngoscopie est

impossible, on se rappellera que ces paralysies sont fort rares, qu'elles sont presque toujours unilatérales et dues à une compression récurrentielle, par un goître, un anévrysme de l'aorte, ou une tumeur du médiastin.

Certaines formes d'infiltration bacillaire à marche aiguë peuvent quelquefois produire une infiltration d'emblée considérable et donner lieu à des accidents laryngés aigus qui en imposent pour un œdème primitif. Mais il existe des différences entre l'œdème vrai et l'infiltration tuberculeuse, ainsi que l'a montré M. Gouguenheim. De plus, la marche ultérieure de la maladie, l'auscultation des sommets et la recherche du bacille de Koch dans les crachats aideront au diagnostic.

Nous n'insistons pas sur la différenciation entre la laryngite striduleuse, les accidents aigus du croup et l'œdème aigu. Ces cas prêtent rarement à confusion. Ce sont des affections de l'enfance ; or l'œdème aigu n'a guère été signalé jusqu'ici que chez l'adulte. De plus ces laryngites ont des signes bien particuliers qui les caractérisent : début la nuit, rémission complète entre les crises dans la laryngite striduleuse, existence d'une angine diphthérique dans le croup qui est très-rarement primitif. La marche est tout à fait différente.

L'existence de l'œdème admise, il s'agit de savoir s'il est réellement primitif, ou s'il ne s'est pas déve-

loppé secondairement à une affection locale, de voisinage, ou à une affection générale. Les troubles laryngés sont en effet identiques, mais l'allure clinique est différente. On se basera sur l'absence de symptômes généraux, on recherchera l'affection primitive ; l'analyse des urines sera faite. Quelques maladies infectieuses sont susceptibles de provoquer des déterminations laryngées : variole, rougeole, fièvre typhoïde, etc. ; dans ces cas le diagnostic s'impose. Il faudra s'enquérir si le malade a pris des médicaments et en particulier de l'iodure de potassium : assez nombreux sont les cas d'œdème aigu provoqués par l'absorption de l'iodure.



Anatomie pathologique.

Anatomiquement, l'œdème aigu primitif du larynx est dû à une transsudation se faisant hors des vaisseaux sanguins dans le tissu conjonctif sous-muqueux ; cette transsudation est plus abondante dans les régions où il y a le plus de tissu connectif, savoir : les replis aryténo-épiglottiques, les bandes ventriculaires et la face antérieure de l'épiglotte. Il est exceptionnel que le processus envahisse les cordes vocales ou s'étende à la région sous-glottique.

Le caractère de l'œdème est variable suivant les cas :

a. — L'exsudation peut être superficielle et l'on en draine facilement la sérosité par scarification ; l'œdème est mou, gélatineux, tremblotant, c'est pour ainsi dire un œdème sous-muqueux superficiel ; la tuméfaction est presque transparente et offre une coloration identique à celle des myxomes du nez.

b. — Dans la variété phlegmoneuse, dernier stade évolutif de la transsudation, le liquide devient séropurulent ou purulent avec formation d'abcès. Cet abcès siège le plus souvent dans la région rétro-laryngée. L'œdème est dur, tendu, la muqueuse très rouge, l'épiglotte épaissie et déformée, la glotte

réduite à une fente plus ou moins étroite. La collection purulente peut s'ouvrir spontanément, ou seulement à la suite de l'intervention chirurgicale. On a signalé son ouverture dans l'œsophage, mais elle n'a jamais aucune tendance à s'ouvrir à l'extérieur, au niveau du cou.



Traitement

Le traitement des œdèmes aigus primitifs du larynx est extrêmement important, car une thérapeutique bien conduite peut facilement sauver le malade.

En présence d'accidents de cet ordre, nous croyons que la marche à suivre est la suivante :

a) On se trouve en présence d'un malade asphyxiant, cyanosé, avec un tirage continu : il n'y a pas à hésiter, il faut pratiquer immédiatement une laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

b) On a pu examiner le malade au laryngoscope et faire le diagnostic ; ou bien les accidents ne sont pas menaçants et n'ont pas une allure précipitée. Dans ce cas le médecin dispose d'une série de moyens dont il peut faire usage successivement et que nous allons passer en revue. Le traitement doit être avant tout local, et on interviendra à la fois à l'intérieur du larynx et à l'extérieur.

A l'extérieur, on aura recours aux antiphlogistiques. On fera placer au-devant du larynx 6 à 8 sangsues, principalement sur les parties latérales. A défaut, on appliquera avec avantage des sinapismes au-devant du cou. On se trouvera bien également de l'emploi de bains de pied sinapisés. La dyspnée sera

avantageusement combattue par deux méthodes différentes : ou bien application de glace devant le larynx avec réfrigération continue, au besoin au moyen de tubes flexibles de Leiter, application qui sera accompagnée d'ingestion de glace pilée ; ou bien, et c'est à la portée de tous, emploi de compresses chaudes, à une température aussi élevée que pourra la supporter le malade, et placées au-devant du cou.

Tous ces moyens seront combinés avec profit aux suivants :

Pulvérisations, pratiquées avec un pulvérisateur à vapeur, d'eau phéniquée au millième, ou d'un antiseptique léger quelconque, résorcine par exemple. Outre l'effet local qu'elles auront, ces pulvérisations pourront, dans une certaine mesure, par l'antisepsie laryngée, prévenir les complications broncho-pulmonaires ; inhalations de vapeur d'eau et gargarismes émollients.

Si ce traitement ne donne pas de résultats et que le malade ne soit pas en danger, on peut recourir à d'autres moyens :

1° Les badigeonnages. On devra toujours les pratiquer sous le contrôle du miroir laryngien, et après anesthésie préalable à la cocaïne, pour éviter la douleur ou la production d'un spasme. Ils devront être faits avec grande douceur. C'est la teinture d'iode qui a été le plus employée. Sous son action,

on voit l'œdème se flétrir rapidement et s'affaisser ;

2° les scarifications intro-laryngées. Elles peuvent être faites soit avec la lame tranchante, soit avec le galvano-cautère. Cependant ces deux dernières méthodes peuvent provoquer des accidents, et il est bien préférable, quand les procédés ordinaires n'ont pas donné de résultat, d'appliquer un traitement chirurgical.

Le tubage n'a pas été employé ; il pourrait, ce nous semble, trouver ici son application, surtout dans les cas d'œdème mou et dépressible.

Il reste enfin le dernier et grand moyen, quand les autres ont été essayés inutilement : la trachéotomie, ou plutôt la laryngotomie intercrico-thyroïdienne. C'est une opération facile et dont les suites sont d'une parfaite innocuité dans ce cas. Les malades, en effet, ne sont pas condamnés à porter longtemps une canule, car la perméabilité du larynx est vite rétablie, et au bout de quatre à six jours on peut enlever la canule. On ne doit pas hésiter à proposer et à faire cette opération si les accidents deviennent menaçants : c'est la ressource ultime pour le malade.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Cedème de la glotte aiguë primitif. Guérison sans trachéotomie,
par L. Lévi et G. Laurens

(*Archives générales de médecine*, 1896).

D... (Pierre), âgé de 34 ans, marchand de vins, entre le 9 octobre 1895, salle Magendie, lit n° 6, dans le service du Dr Hanot, à l'hôpital Saint-Antoine.

Antécédents héréditaires. — Ils sont peu importants : son père est mort à 70 ans d'une affection pulmonaire aiguë. Sa mère, âgée de 70 ans est bien portante.

Un frère, âgé de 43 ans, ainsi que trois sœurs sont en bonne santé.

Antécédents personnels. — Le malade n'a point fait de maladie dans son enfance.

Jusqu'à ces derniers temps (un mois et demi environ), il a toujours été bien portant. Il n'a pas contracté, en particulier, la syphilis. Etabli marchand de vin, il met constamment du vin en bouteilles et travaille dans des caves

humides. Du fait de sa profession, il est exposé aux refroidissements.

Il boit en moyenne 1 litre 1/2 de vin par jour, quelques apéritifs et des petits verres.

D... n'est pas nerveux : il est d'un caractère égal, tranquille, n'a ni stigmates, ni accidents hystériques.

On ne trouve pas chez lui de passé laryngé. Dans l'enfance, il ne fut pas sujet aux laryngites. Il n'a jamais éprouvé d'enrouement. Il n'est pas fumeur.

Il y a un mois et demi, D... travaillait dans une cave, dont il remonta plusieurs fois en pleine transpiration. Il éprouva une sensation de refroidissement. Le soir, il se sentit fatigué et abattu. Il se coucha, transpira beaucoup pendant la nuit, eut de la fièvre.

Le lendemain, la fatigue, l'abattement persistaient. En même temps l'appétit avait disparu. Le surlendemain, il se leva, reprit son travail, mais ressentit encore une faiblesse générale pendant une quinzaine de jours. Dans le courant de la journée, pendant toute cette période, il était pris de frissons. Mais bientôt l'appétit reparut, moindre toutefois qu'auparavant. En outre, il se fatiguait beaucoup plus vite. Il ne prenait d'ailleurs aucun médicament.

Début. — C'est au milieu de cet état de santé que débuta l'affection actuelle.

Le lundi 7 octobre 1895, le malade ressentit, en se levant, une sensation de piqure d'aiguille dans la gorge. La veille, il n'avait fait aucun excès, ne s'était pas refroidi, et s'était couché en bonne santé. Il travailla comme d'habitude et déménagea une cave.

A la fin de la journée, il éprouva dans l'arrière-gorge

une douleur assez vive, qui l'empêcha de dîner. La nuit, la douleur augmenta, devint lancinante. En même temps apparaissait de la gêne pour respirer. L'insomnie fut complète. Mardi matin, le malade ne put se lever. Ayant de la difficulté à avaler sa salive, il crachait abondamment. Il ne prit aucun aliment solide ou liquide. A 4 ou 5 reprises dans la journée, la dyspnée devint plus vive, et s'accompagna de cyanose, de sueurs et de nausées.

Le mardi soir, le malade entre à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — Il existe une dyspnée intense avec tirage.

Le visage est pâle, défait, la voix éteinte.

Le malade se plaint de sa gêne pour respirer qui augmente encore lors d'accès de suffocation, et demande qu'on le soulage.

La température est de 38°1. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Il n'existe pas d'adénopathie cervicale.

Pendant qu'on fait les préparatifs d'une trachéotomie qui paraît indiquée, on pratique l'examen de l'arrière-gorge et du larynx.

Le pharynx, les amygdales palatines et linguale offrent leur aspect normal ; ni rougeur ni fausse membrane.

L'épiglotte est œdématiée, considérablement épaissie, d'une couleur rouge vineuse uniforme, au niveau de ses faces et de son bord libre. Elle forme un bourrelet volumineux qui rétrécit l'entrée du vestibule laryngé. Il n'existe pas d'ulcérations, pas de fausses membranes. Les replis aryténo-épiglottiques sont le siège d'une infiltration énorme, de coloration pâle inter-aryténoïdienne.

En présence de ces constatations qui font penser à un

edème aigu de la glotte, on a recours à un traitement médical : application de 6 sangsues sur les parties latérales du larynx, tout en réservant la trachéotomie en cas de nécessité.

• Le 9 octobre. L'état du malade s'est amélioré depuis hier soir. Le tirage est moins accentué.

Le malade ne peut encore avaler sa salive, et crache abondamment : il a rempli son crachoir d'une expectoration mousseuse et blanchâtre. La voie reste éteinte. Les parties latérales du larynx sont douloureuses à la pression. Il n'existe pas d'œdème, pas d'albumine dans les urines. La température est à 37°2.

Un nouvel examen laryngoscopique donne les résultats suivants :

L'épiglotte conserve sa coloration rouge, mais est moins œdématiée. Les replis aryténo-épiglottiques sont infiltrés et recouverts d'un léger enduit pultacé. On voit le jeu des cordes vocales inférieures qui s'accomplit normalement. Il persiste toujours une tuméfaction polypiforme dans l'espace inter-aryténoïdien.

Le pharynx n'est le siège d'aucune tuméfaction ni rougeur.

On fait une nouvelle application de 6 sangsues en plus des précédentes. Les sinapismes sont appliqués aux mollets. Un bain de pied sinapisé est donné vers le soir.

Le 10. La voix est moins voilée, plus forte, un peu rauque.

La pression au niveau de l'angle du maxillaire inférieur est douloureuse de chaque côté. La déglutition s'accompagne de douleur triculaire. Les crachats sont moins abondants.

La température a été de 37°6 hier soir. Elle est normale ce matin.

La dyspnée est moins vive. Tout danger immédiat paraît écarté.

Le 11. L'état est meilleur. Le malade a dormi la nuit dernière.

Il n'existe plus de tirage. La voix reste un peu rauque.

L'épiglotte est beaucoup moins rouge, moins infiltrée. Elle n'est le siège d'aucune ulcération. Le sommet des deux cartilages aryténoïdes est rouge. Sur le gauche et sur le repli aryténo-épiglottique du même côté existent en des points localisés un enduit jaunâtre, peu épais. Les cordes vocales inférieures sont de coloration rouge. Elles se rejoignent bien.

Le 14. L'amélioration est allée progressivement.

Le malade a pu avaler hier deux œufs sans éprouver de douleur vive. Cependant les mouvements de déglutition s'accompagnent encore de sensibilité à la région hyoïdienne. La pression provoque un point douloureux au niveau du bord inférieur du cartilage thyroïde. L'expectoration a beaucoup diminué. La température est normale.

L'état local s'est modifié notablement. Il existe encore du boursoufflement et un certain degré d'œdème du sommet des aryténoïdes. Toute la muqueuse du vestibule est rouge ; les cordes vocales inférieures sont rouges, épaissies, vascularisées. Enduit blanchâtre à la face interne du repli aryténo-épiglottique gauche. On ne constate plus de saillie de la muqueuse dans l'espace inter-aryténoïdien.

Le 15. La température est normale. Le malade a mangé hier du poulet sans difficulté ; cependant la déglutition

s'accompagne encore d'une sensation un peu pénible. On compte 26 respirations à la minute. D... expectore des crachats blanchâtres spumeux. L'auscultation de la poitrine pratiquée avec soin ne révèle rien d'anormal, non plus que la percussion. La voix reste enrouée, rauque. L'urine ne contient pas d'albumine.

Le 17. Le crachoir du malade est vide ce matin. La déglutition a repris toute sa liberté. La pression de la région cervicale n'est plus douloureuse. La voix reste un peu rauque. La température est normale. Le malade se trouve bien.

Le 18. Il demande à quitter l'hôpital.

Un examen laryngoscopique est de nouveau pratiqué :

On constate encore un œdème assez marqué des sommets des aryténoïdes. L'œdème est pâle, et s'accompagne de boursouffure et d'infiltration à la partie voisine des replis. Le reste du larynx est rouge. Les cordes vocales ne viennent pas tout à fait au contact. L'épiglotte est normale.

On recommande au malade de ne pas se refroidir, et de revenir en cas d'alerte à l'hôpital.

Il est reçu le 27 octobre.

L'enrouement persiste. Très légère infiltration des cartilages aryténoïdes. Replis normaux. Parésie des cordes vocales inférieures et de l'ary-aryténoïdien. La muqueuse laryngée est normale, ainsi que la trachée.

L'état général est bon, l'appétit normal. Le malade a repris ses occupations.

Le 16 novembre. Le malade dit ne plus rien « sentir dans sa gorge », depuis une quinzaine de jours. Il n'est plus enroué, la voix est peut-être un peu moins claire qu'avant.

Cependant il n'existe ni toux, ni picotements laryngés. Aucun trouble subjectif. L'examen laryngoscopique montre un larynx absolument normal, sans la moindre tuméfaction. Région inter-aryténoïdienne libre; cordes vocales inférieures rosées; leur jeu est régulier et normal. Il persiste cependant une très légère parésie. Rien dans la trachée. Etat général bon.

OBSERVATION II (Personnelle)

Œdème aigu primitif du larynx.

Le 4 décembre 1895, X..., ébéniste, âgé de 30 ans, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine pour de l'enrouement et de la gêne de la respiration. Il est adressé dans le service du Dr Tapret, où nous avons eu l'occasion de l'examiner.

Le malade raconte que, la veille au soir, étant bien portant, il a ressenti une cuisson au niveau de la gorge avec gêne pour avaler sa salive; il avait la sensation de corps étranger. Ce sentiment pénible a persisté toute la nuit, a augmenté le matin, et c'est dans ces conditions que le malade se présente à l'hôpital. Il présente en effet des signes de dyspnée, mais le facies n'est pas cyanosé, il n'y a pas le moindre tirage; on voit seulement chez lui une gêne respiratoire et un manque d'amplitude des mouvements respiratoires.

L'examen de la gorge ne révèle rien de particulier, les amygdales ne sont pas grosses, la paroi pharyngienne n'est

pas rouge ; le malade se laisse examiner très facilement, il n'a aucun réflexe. Le miroir laryngien montre une rougeur et une infiltration considérable de tout le bord libre de l'épiglotte, n'obstruant cependant pas le vestibule laryngé, et permet de voir le jeu des cordes vocales qui est normal. Il n'existe pas d'ulcérations, pas de fausses membranes à la surface de l'épiglotte. Nous remarquons que cet œdème se continue dans les replis aryténo-épiglottiques qui sont épaissis, gonflés, roses pâles. Il n'existe rien d'anormal dans le nez.

Tous les organes paraissent sains.

Il n'y a pas d'albumine dans l'urine.

Comme trouble fonctionnel, le malade accuse surtout une dysphagie marquée pour la déglutition de la salive, des liquides et des aliments ; il se plaint de picotements et d'une douleur siégeant au niveau des parties latérales du larynx et de la partie antérieure. En outre, depuis la veille au soir, il est un peu enrôlé ; la voie s'est voilée tout à coup.

En présence de ce début brusque, de cette marche rapide de l'infiltration laryngée et de l'absence de tout état pathologique antérieur (le malade n'est ni alcoolique, ni albuminurique ; il n'a jamais eu de maladie infectieuse ; il n'a pris aucun médicament depuis longtemps), nous pensons avoir affaire à une localisation primitive de l'œdème du larynx ; il n'existe rien dans les régions de voisinage, gorge, nez, qui puisse faire supposer une propagation quelconque, il n'a jamais eu de laryngite.

On prescrit au malade, qui ne veut pas rester à l'hôpital, malgré le danger qu'on lui fait prévoir si l'on ne peut le surveiller : un gargarisme émollient à l'eau de guimauve,

l'application de sinapismes au-devant du cou, et dans l'intervalle, de serviettes chaudes, deux bains de pied sinapisés par jour, et des inhalations avec une solution de résorcine à 1 pour 100 ; repos au lit.

Le lendemain, 5 décembre, les signes fonctionnels persistent ; le malade n'a pris que des aliments liquides dont la déglutition a été plus facile que la veille ; l'enrouement continue ; la douleur est peut-être un peu moins aiguë. Mais du côté du larynx, on note une amélioration notable : la rougeur de l'épiglotte est moindre, l'œdème des replis moins accusé, les cordes vocales sont très rouges, la région inter-aryténoïdienne est intacte.

Continuation du traitement.

Le 6 décembre. — Etat stationnaire. L'état local est identique. L'état général qui n'a jamais été mauvais se maintient ; peu de fièvre, langue épaisse, saburrale, embarras gastrique, constipation. On donne un purgatif.

Le 8 décembre. — Très grande amélioration. Le malade souffre beaucoup moins ; la déglutition est possible. Au laryngoscope, on voit que l'œdème a considérablement diminué. Le malade ne tousse pas. L'auscultation pulmonaire ne révèle rien de particulier.

Nous revoyons le malade le 12 décembre seulement. Il peut manger des aliments solides ; tout picotement, tout chatouillement laryngés ont disparu. Il ne persiste aucune sensation pénible. Dans le larynx, l'épiglotte est presque normale, mais un peu rouge. L'œdème des replis a disparu. Le malade est considéré comme presque guéri.

OBSÉRVATION III

Œdème aigu infectieux bénin du larynx, par Garel (de Lyon),
(*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1891).

P..., âgé de 24 ans, voiturier, entre dans mon service, salle Saint-Pothin, le 11 avril 1889. Cet homme n'a jamais fait de maladie sérieuse. Il présente cependant une certaine délicatesse du côté du larynx : à 15 ans, à la suite d'un retroidissement, il fut pris d'une extinction de voix qui dura dix-huit jours sans dyspnée ni dysphagie. Depuis cette époque sa voix s'enrouait facilement quand il s'exposait à de brusques variations de température.

Pendant son service militaire, étant brigadier, il était obligé de commander ; sa voix était rapidement affaiblie et devenait rauque, principalement en hiver. Il faut ajouter qu'il fumait et chiquait beaucoup. Il n'a jamais eu la syphilis. Employé chez un marchand de vins depuis six mois, il a pris l'habitude de boire non seulement du vin, mais encore de l'alcool. Son estomac et son appétit ne sont néanmoins pas compromis.

Au mois de janvier, il s'enrhume pendant ses vingt-huit jours de service militaire. La bronchite dure quelques jours et s'accompagne de laryngite avec raucité de la voix. La voix s'améliore à diverses reprises, sans reprendre absolument son caractère normal.

Le 5 avril, ayant encore la raucité de la voix, sans le moindre signe de bronchite, il se met un thapsia sur la poi-

trine. Le 7 au soir, après avoir bu et fumé d'une façon exagérée, il ressent des picotements dans la gorge et une légère douleur au niveau du cou. Le lendemain, la déglutition devient très pénible; il mange encore cependant de la soupe.

Le 9 et le 10, il travaille très péniblement; les efforts de déglutition sont très douloureux et vont en s'accroissant davantage; il ne peut ingérer que du lait ou bouillon.

Dans la nuit du 10 au 11, il ressent de la fièvre et des frissons, et à son réveil la dysphagie est absolue. Il entre à l'hôpital le jour même. Il ne peut rien avaler, il refuse même le lait et crache sa salive pour éviter les douleurs de la déglutition.

Au repos, il n'éprouve pas de douleur autre que la céphalalgie; il n'a pas de sensation de corps étranger dans la gorge. La respiration est absolument libre. Les urines ne contiennent pas d'albumine. On a malheureusement oublié de noter la température le jour de l'entrée du malade.

La dysphagie est considérable et la voix presque éteinte. Au laryngoscope, je constate que les cordes vocales sont rouges, gonflées et cylindriques; elles paraissent jouir de mouvements normaux. La fossette latérale rétro-laryngée gauche est complètement effacée par un œdème mou, violacé qui fait corps avec le ligament aryténo-épiglottique. Audessus de l'éminence aryténoïde gauche, œdème de même nature, tremblotant sous l'influence de la phonation. La fossette latérale gauche est aussi le siège d'un œdème moins prononcé. Le craquement provoqué par le déplacement latéral du larynx sur la colonne vertébrale est conservé. Comme traitement local, on se contente de badigeonnages de cocaïne.

Le 12 avril, la céphalalgie a diminué. La dysphagie est

identique. L'œdème de la fossette gauche a disparu, mais celui de la fossette droite est encore assez prononcé. On remarque aussi de l'œdème mou en arrière de l'éminence aryténoïde droite. Celui de l'aryténoïde gauche a disparu. Les cordes vocales inférieures sont dans le même état. La bande ventriculaire droite est passablement tuméfiée. Je badigeonne le côté droit à la cocaïne, puis immédiatement après, avec de la teinture d'iode pure. Le soir, la température est de 38°2.

Le 13 avril, le malade prétend qu'après le badigeonnage iodé, la dysphagie a beaucoup diminué. La température est devenue normale. L'œdème de la fossette droite est nul aujourd'hui. La voix est encore un peu altérée, car l'œdème de la corde droite persiste encore et empêche l'occlusion glottique en arrière. Je fais un badigeonnage de teinture d'iode sur la corde droite. Le 15 avril, il n'y a plus la moindre trace d'œdème.

Le malade tousse légèrement.

Le 17 avril, il sort complètement guéri; il présente à peine un peu de rougeur des cordes vocales.

OBSERVATION IV

Œdème aigu infectieux bénin du larynx, par Garel (de Lyon).
(*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1891).

A. G..., 24 ans, imprimeur, entre dans mon service le 18 mars 1890. Ce jeune homme n'a pas d'antécédents héréditaires importants. Il avoue quelques excès alcooliques,

mais n'a jamais eu la syphilis. A la suite de divers refroidissements, il prétend avoir ressenti quelques chatouillements au niveau du larynx.

Il ne souffre que depuis trois jours. Il a éprouvé tout d'abord une douleur qu'il localise au niveau du cartilage thyroïde. Cette douleur n'apparaissait que pour la déglutition de la salive, et non pour celle des liquides et des solides. La voix n'a pas été altérée, la respiration n'était nullement gênée. Le malade continua son travail. Le deuxième jour les symptômes étaient plus accusés et la douleur bien plus vive. Le matin du troisième jour, la douleur devient atroce, intolérable. Le soir la déglutition de la salive ou d'un liquide quelconque est absolument impossible. Il n'y a pas d'otalgie réflexe. Le malade s'aperçoit que son cou est tuméfié et que la pression avec la main ne peut s'exercer sans douleur. Il n'avait qu'une céphalalgie légère. La nuit il ne peut dormir, il est très agité, tant la cuisson au niveau du larynx est vive et insupportable. La salive est très abondante. Enfin il y a de la gêne respiratoire.

Il entre à l'hôpital le quatrième jour, c'est-à-dire le 18 mars. Je pratique de suite l'examen laryngoscopique et je constate un œdème considérable de l'aryténoïde à droite. Cet œdème est mou, absolument transparent, comme infiltré. Il ne fait qu'un avec l'œdème du répli aryténo-épiglottique ; il se continue ensuite en diminuant et disparaît en mourant sur le milieu de l'épiglotte. La corde vocale du même côté est rouge ; aussi la voix est-elle un peu enrouée.

Le malade a de la fièvre, malheureusement le tracé de la température a été perdu. Les urines ne contiennent pas

d'albumine. Je fais de suite un badigeonnage de teinture d'iode sur tous les points tuméfiés.

Le 20 mars, l'œdème de l'épiglotte a disparu. Celui de l'aryténoïde a diminué de moitié; la corde vocale située du côté de l'œdème est encore rouge et tuméfiée. Le malade est bien soulagé. Je fais néanmoins un deuxième badigeonnage de teinture d'iode.

Le 21 mars, amélioration considérable depuis le deuxième badigeonnage. G... se lève et veut absolument sortir; il dit qu'il n'a plus aucun mal, la dysphagie a totalement disparu. L'empâtement de la région cervicale n'existe plus et la pression ne réveille pas la moindre douleur. La température est redevenue normale. A signaler un peu de toux et un léger degré d'enrouement.

OBSERVATION V

Œdème aigu du larynx, par Egger. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, juillet 1896).

M^{me} G..., âgée de 30 ans, vient à la clinique des docteurs Lermoyez et Hélure, le 13 décembre 1895, parce qu'elle ne peut ni respirer, ni parler, ni avaler sans les plus vives difficultés. Cet état dure depuis deux jours.

Il y a quinze ans cependant que la voix est voilée, c'est à-dire depuis ses premières couches. La malade a eu quatre enfants, dont deux sont en parfaite santé; les deux autres sont morts, l'un de convulsions, l'autre d'entérite. Lors de sa première grossesse (il y a cinq ans), elle eut des hémopty-

sies accompagnées de toux opiniâtre ; elle maigrit, perdit ses forces ; mais c'est surtout depuis trois ans que l'amaigrissement fait des progrès rapides. En 1893 elle eut une fluxion de poitrine. Elle n'est pas syphilitique, n'a jamais eu de rhumatismes, toussé et maigrit depuis un an, n'a pas de sueurs nocturnes.

Comme antécédents héréditaires, son père est mort asthmatique, il ne paraît pas avoir été tuberculeux ; sa mère est morte d'un cancer à l'estomac ; un frère et une sœur sont morts de convulsions. Actuellement elle a un frère et une sœur en bonne santé. Son mari est bien portant.

La malade est enceinte de cinq mois environ.

Il y a deux jours, le mercredi 11 décembre 1895, sa mère meurt dans la soirée ; M^{me} G... apprend cette nouvelle le lendemain à 8 heures du matin ; bien portante à ce moment, elle accourt auprès de la défunte ; à 9 heures elle ressent un grand frisson et est prise d'un état syncopal. A midi elle souffre d'une dysphagie très marquée, elle ne peut rien avaler. En même temps la voix devient enrouée, et le soir seulement la dyspnée apparaît intense. Une fièvre violente, dit la malade, persiste jusqu'au matin du vendredi 13 ; ce n'est qu'une rémission survenant dans l'intensité des accidents qui lui permet de nous être amenée.

Maintenant encore la dysphagie est absolue ; l'absorption d'une cuillerée de potion prescrit la veille par son médecin a déterminé chez elle des accidents de dyspnée violente suivie d'état syncopal. Cette dysphagie consiste ici plutôt dans un spasme de la partie inférieure du pharynx ou supérieure de l'œsophage, car la malade rend presque immédiatement ce qu'elle avale avant même que la matière

déglutit aït eu le temps d'aller bien au-delà de l'isthme du pharynx. De plus, cette dysphagie n'est pas douloureuse.

La malade a une dyspnée telle qu'elle ne peut dormir dans la position horizontale, mais elle est obligée de rester assise sur son lit.

Notons en passant que M^{me} G... avait perdu son père quinze jours auparavant, mais n'en fut pas aussi affectée, car cette mort était prévue.

Notre attention est tout d'abord attirée par l'extinction complète de la voix. La respiration au moment de l'examen est tranquille ; il n'y a pas de tirage ; il existe un peu de cornage, on ne constate aucune trace de fièvre.

Avant de passer aux phénomènes locaux, signalons que M^{me} G... n'a pas absorbé de médicaments, iodures ou autres pouvant expliquer son état.

A l'examen objectif que l'état de la malade oblige d'abréger, on note d'abord une certaine pâleur des téguments, bien que l'état général soit relativement bon.

Le pharynx est rempli de mucosités et de salive ; toute la muqueuse du vestibule et du larynx proprement dit est recouverte de mucosités épaisses. L'épiglotte est épaissie et infiltrée. Les aryténoïdes disparaissent complètement, englobés dans deux masses gélatiniformes presque transparentes qui font saillie dans le larynx. L'aryténoïde gauche est beaucoup plus infiltré que le droit ; au-dessus des aryténoïdes la glotte apparaît normale ; les cordes vocales sont conservé leur coloration et leur volume. L'aryténoïde gauche est immobile tandis que le droit possède un certain degré de mobilité.

Après une insufflation de poudre de morphine, la malade

peut boire du lait sans grande difficulté, ce qu'elle n'avait pas fait depuis deux jours. On prescrit de la glace à l'intérieur et dix pastilles de cocapyrine.

14 Décembre. — Grande amélioration. La malade souffre moins quand on appuie sur les parties latérales du thyroïde. De plus, elle a pu avaler ce matin un peu d'eau glacée. Enfin, l'œdème aryténoïdien a diminué des deux tiers et l'aryténoïde gauche a repris sa mobilité ; on voit le vestibule laryngé rouge et infiltré ; les deux aryténoïdes sont mobiles. Au-dessous, bien qu'une couche de muco-pus empêche de distinguer les détails, il paraît y avoir des ulcérations diffuses tapissant les deux bandes ventriculaires et les cordes vocales inférieures qui sont mobiles. La malade continue à prendre des pastilles de cocapyrine.

16 Décembre. — Ne souffre plus du tout en avalant, et n'a plus aucune douleur à la pression externe du larynx, pas même au niveau de la partie gauche du cartilage thyroïde.

Peut facilement avaler les boissons.

L'œdème a *totalelement disparu*. Maintenant le vestibule du larynx a l'aspect d'une *laryngite aiguë* : muqueuse rouge intense non ulcérée, mais un peu épaissie, on voit les pointes des deux cartilages de Santorini. Les deux aryténoïdes se meuvent bien, mais le gauche est un peu plus paresseux que le droit.

Les deux cordes vocales inférieures, mobiles, paraissent ulcérées et recouvertes d'exsudats blanchâtres, jaunes, qui simulent des cordes vocales saines.

On prescrit des pulvérisations d'antipyrine au 1/100^e.

18 décembre. — La malade ne souffre plus du tout. Mais

la voix est encore complètement aphone. La base de la langue est rouge, injectée ; l'épiglotte est aussi injectée, rose vif. La muqueuse aryténoïdienne rosée, la muqueuse interaryténoïdienne épaissie en coussin sans villosités.

Les bandes ventriculaires sont rouges, tuméfiées, ne paraissent plus ulcérées. Les deux bandes blanches qu'on voyait l'avant-veille sont bien les cordes vocales fibreuses. On constate un petit semis blanchâtre qui simule une éruption d'herpès.

Auscultation : lésions localisées au sommet droit, caractérisées par de la submatité, de l'expiration prolongée et quelques craquements dans la fosse sus-épineuse droite, de l'expiration prolongée dans le creux sous-claviculaire. A gauche, emphysème compensateur.

20 décembre. — L'examen des crachats, fait par mon ami, M. Piaget, au laboratoire de M. Straus, d'après les méthodes ordinaires, décèle *un* bacille douteux sur plusieurs préparations.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

L'ensemble du larynx est rouge ; on supprime les pulvérisations d'antipyrine qu'on remplace par des inhalations d'alcool et baume du Pérou.

23 décembre. — Etat subjectif meilleur, état local sans changement.

27 décembre. — Cordes épaissies, rougeâtres. La corde vocale droite présente une nodosité à laquelle correspond une encoche de la corde vocale gauche. Cordes légèrement bosselées. On pratique des badigeonnages de phénol sulforiciné.

30 décembre. — Le larynx reste rouge, on prescrit des

pilules de gaïacol et des pulvérisations de teinture d'eucalyptus, baume du Pérou et alcool, et on continue les badigeonnages de phénol sulforiciné.

3 janvier 1896. — La voix revient dans les notes graves. Il n'y a plus trace de muco-pus dans le larynx. L'épiglotte est rouge, les cartilages aryténoïdes sont injectés, les bandes ventriculaires rouges et tuméfiées. Les cordes vocales reprennent peu à peu leur forme et leur coloration blanche surtout à leur partie interne, la partie externe étant sillonnée de vaisseaux apparents. La glotte est encore en boutonnière. Le rapprochement insuffisant des cordes en arrière semble dû à de la pachydermie inter-aryténoïdienne. On commence des badigeonnages de chlorure de zinc au 1/50^e, qu'on pratique tous les deux jours.

31 janvier. — La voix s'est beaucoup améliorée. A l'examen du larynx l'épiglotte n'a rien, les bandes ventriculaires non plus, les aryténoïdes sont un peu rouges, mais non infiltrées ; on distingue très bien les cartilages de Santorini. Il n'y a que de l'épaississement de la muqueuse interaryténoïdienne et un peu de rougeur des cordes vocales. Cinq nouvelles préparations de crachats n'ont accusé la présence d'aucun bacille tuberculeux.

14 février. — La voix est très légèrement voilée. Même état local. L'auscultation révèle les mêmes signes que plus haut (18 décembre).

27 avril 1896. — La malade mandée par moi ne se plaint de rien. Elle a les traits un peu tirés et amaigris, et se trouve actuellement près de la fin de sa grossesse (dont elle attend le terme du 1^{er} au 15 mai), qu'elle supporte d'ailleurs très bien comme ses grossesses précédentes. Elle mange bien, avec appétit, ne vomit pas.

La voix est complètement revenue : elle est normale, pas forte, mais bien timbrée, aussi claire vers la fin de la journée que le matin.

Après avoir interrompu les pilules d'iodoforme pendant une semaine, elle eut une petite hémoptysie (de la valeur d'une gorgée) le jour où elle reprit cette médication).

Elle n'a pas de sueurs nocturnes. Cependant elle tousse toujours et surtout le matin. Après les accès de toux, elle ressent parfois quelques douleurs entre les deux épaules, ainsi qu'au bas-ventre.

Pour fixer l'étiologie de cet œdème dont nous avons vu se dérouler les différentes phases au mois de décembre, nous dirigeons notre interrogatoire sur l'état nerveux. Nous ne trouvons aucun point hystérogène ; la seule chose qui nous frappe, c'est les réflexes du voile notablement diminués, mais non abolis ; la sensibilité du voile et la sensibilité cutanée à la face et aux mains, est nettement plus accusée à gauche qu'à droite. La malade dit n'être pas nerveuse et n'avoir jamais eu de crises.

Auscultée aujourd'hui, on constate une respiration rude avec expiration prolongée aux deux sommets, surtout à droite. Quelques craquements dans la fosse sus-épineuse droite.

Larynx : voile et épiglote pâles. Vestibule rosé, normal.

Les aryténoïdes, très mobiles, ne présentent rien de particulier ; de même les bandes ventriculaires.

Quant aux cordes vocales, leurs bords sont légèrement arrondis, assez réguliers ; leur coloration est d'un blanc tirant sur le gris-rosé, avec quelques veinosités surtout à

droite, à la réunion du tiers postérieur avec le tiers moyen.

En faisant l'expérience d'après la méthode de Kilian, on constate que dans l'espace inter-aryténoïdien, les plis formés au moment de l'adduction sont normaux. La pachydermie signalée plus haut a disparu, la muqueuse est lisse et normale.

OBSERVATION VI

Œdème aigu primitif du larynx, par *Berardino Martino* (*Progresso medico*, n° 4, 10 février 1890 ; analysé in *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1891).

Une jeune fille de 18 ans se rend de bon matin lessiver du linge dans de l'eau très froide. Dans l'après-midi, elle rentre chez elle frissonnante et enrouée ; elle se couche. La nuit suivante se montrent des accès de dyspnée qui vont rapidement croissant d'intensité : vingt-quatre heures après le début des accidents, l'asphyxie met déjà la malade en danger de mort. On l'amène à l'hôpital cyanosée, couverte d'une sueur froide, la face bouffie, le thorax soulevé par de courtes inspirations précipitées, le pouls irrégulier et petit ; déjà il y a un refroidissement des extrémités.

La trachéotomie est faite séance tenante ; l'asphyxie cesse immédiatement, la cyanose disparaît peu à peu. Pendant trois jours, la fièvre se maintient aux environs de 38°5.

Le treizième jour, la respiration s'effectue aisément par les voies naturelles ; la canule est retirée. La malade sort bientôt après en état de guérison complète.

OBSERVATION VII (résumée)

Oedème aigu primitif des replis aryténo-épiglottiques, par Moure (*Recueil clinique sur les maladies du larynx*, Doin, Paris 1884).

F..., artiste lyrique, éprouve un jour, pendant qu'il chantait, un sentiment de gêne au fond de la gorge ; il cesse presque aussitôt de chanter et, deux heures après, il avait une sensation de boule, de corps étranger à l'arrière-gorge. Le lendemain, il ressent une douleur aigue du côté droit du larynx ; sa respiration s'embarrasse quand il essaye de marcher vite, et il accuse de la dysphagie.

Moure l'examine. Aucun antécédent diathésique. Localement, pharyngite diffuse. L'épiglotte présente au niveau de sa partie inférieure, au niveau du point où commencent les replis aryténo-épiglottiques, un *gonflement œdémateux considérable* qui se continue sur ces replis jusqu'à la partie postérieure du larynx et leur donne l'aspect de deux vessies inégalement pleines, adossées par leur base ; pendant les mouvements de phonation, les replis ballottent comme deux poches remplies de liquide. Peu de lésions dans le reste du larynx.

Traitement antiphlogistique. Le lendemain soir, diminution considérable de l'œdème. Les symptômes subjectifs disparaissent peu à peu. Cinq jours après le début de la maladie, toute trace de gonflement avait disparu. Aucune trace d'albumine dans tout le cours de la maladie.

OBSERVATION VIII (résumée)

Edème aigu du larynx par refroidissement, par Oulmont
(*Médecine moderne*, 12 juin 1890).

Le 19 avril 1890, Bull..., ébéniste, entre à l'hôpital Tenon, en état d'asphyxie imminente; on pratique d'urgence la trachéotomie.

Le lendemain, 20 avril, le malade était assez bien pour donner par écrit des renseignements qu'il confirma plus tard de vive voix. Le 18 avril, vers une heure, en pleine transpiration, il descend dans une cave assez fraîche, où il reste quelques instants. Il se sent refroidi, remonte, est pris de quelques petits frissons et éprouve presque aussitôt une légère douleur à la déglutition du côté gauche. Il continue cependant à travailler, et même en chantant, jusqu'à la fin de la journée. Il dine de bon appétit, tout en étant gêné par une légère dysphagie.

Le 19, même mal de gorge léger. Le malade, un peu mal à l'aise, reste chez lui. Vers 7 heures du matin, la respiration devient pénible, la voix se voile et s'enroue, l'inspiration est sifflante. Le malade a « comme une peau dans la gorge qui l'empêche de respirer. » Un médecin ordonne un vomitif qui n'amène aucun soulagement; et, dans la soirée, les accidents deviennent assez menaçants pour qu'on apporte le malade à l'hôpital.

Après la trachéotomie, celui-ci se rétablit avec une rapidité étonnante. Le 20 au matin, il est encore un peu

abattu ; ce qui ne l'empêche pas, ai-je dit, de me raconter par écrit son histoire. La respiration se fait librement, par la canule. La température, de 40° le matin, descend le soir à 38°, pour redevenir, dès le 21, à la normale. Rougeur diffuse de tout l'isthme du gosier, luette rouge et œdémateuse. Le 26 avril, on retirait définitivement la canule.

L'examen laryngoscopique a été pratiqué à deux reprises différentes. Le 23 avril, trois jours après l'opération, on constate : épiglotte rouge et œdémateuse, région aryénoïdienne légèrement tuméfiée et rougeâtre. Cordes vocales épaissies, rouges ; la droite est un peu parésiée. Trois semaines plus tard, le 16 mai, l'épiglotte est normale, ainsi que la région aryénoïdienne. Un peu de laryngite catarrhale.

En somme, chez ce malade, qui n'est ni tuberculeux, ni syphilitique, apparition, au cours d'une parfaite santé, d'un œdème aigu du larynx, survenu sans cause apparente et menaçant la vie en quelques heures.

OBSERVATION IX (Résumée).

Abcès laryngé aigu primitif avec pneumonie double par Garel. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx.*)

Pierre C..., dessinateur de fabrique, âgé de 45 ans, entre dans le service, à l'Hôtel-Dieu, le 4 janvier 1885. Ce malade n'accuse aucune maladie antérieure. Pas de syphilis, pas d'affection du larynx, ni des poumons avant la maladie

actuelle. Il y a trois jours, après avoir fumé sa pipe, il éprouva un chatouillement de la gorge avec cuisson au niveau du larynx. En même temps raucité de la voix. Il boit aussitôt cinq gorgées d'eau froide qui n'apporte qu'une amélioration momentanée. Bientôt après les mouvements de déglutition devinrent plus douloureux.

Le troisième jour, début de la gêne respiratoire ; on apporte le malade à l'hôpital, suffoquant et cyanosé. Le lendemain, la dyspnée est moins intense. L'examen laryngoscopique montre une rougeur diffuse de tout le larynx ; toute la partie située au-dessus des cordes vocales est aplatie transversalement, l'épiglotte ne forme plus qu'une toute petite fente. Gonflement des replis aryténo-épiglottiques. On voit seulement les sommets des aryténoïdes qui sont au contact. Les cordes vocales inférieures sont difficilement visibles.

L'auscultation pulmonaire fait percevoir des râles disséminés aux deux bases, avec souffle à gauche.

13 Janvier. — Douleur et dyspnée persistantes. Rejet d'un liquide muco-purulent. Trachéotomie, légère amélioration consécutive. Mort dans la soirée.

A l'autopsie : abcès rétro-laryngé avec œdème aryténo-épiglottique, suivi de pneumonie double.

OBSERVATION X

Cedème aigu infectieux rétro-laryngé à pneumocoques, par Barjon (*Médecine moderne*, 17 février 1894 ; analyse in *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1894).

Cette observation peut se résumer ainsi : œdème infectieux rétro-laryngé, pneumonie double consécutive, abcès de la paroi abdominale terminé par résolution. Guérison.

Il s'agit d'un menuisier de 36 ans, robuste, qui, après s'être refroidi, fut pris de frissons et de malaises. Le lendemain il y eut un peu de gêne respiratoire. Mais le troisième jour, il y eut dyspnée laryngée menaçante. Tm. 39°5. Le quatrième jour, la dyspnée diminue un peu, et Garel put nettement constater une infiltration œdémateuse de l'épiglotte et de tout le larynx, surtout à droite. Un point blanchâtre situé en dehors et en arrière de l'aryténoïde droit paraissait le point d'issue d'une collection purulente. Le lendemain, 15 décembre, pneumonie double. Le 28 décembre, empatement de la fosse iliaque, abcès de la paroi abdominale.

Conclusion de ce fait et d'autres recueillis par Barjon dans la littérature médicale : le pneumocoque peut se localiser primitivement sur le larynx.

OBSERVATION XI

Cedème aigu de l'épiglotte, par Hope (*Médical record*, 15 août 1885, analyse in *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1885).

Homme de 54 ans qui vint à la clinique pour des accès d'étouffement. L'examen laryngoscopique montra qu'il y

avait œdème des replis aryténo-épiglottiques : mais presque aussitôt survint une crise d'étouffement et on dut faire précipitamment la trachéotomie. L'examen pratiqué de nouveau confirma le diagnostic d'œdème de l'épiglotte et des replis. Au bout de quatre jours, tout était rentré dans l'ordre.

On ne trouve, ajoute l'auteur, d'autre cause à cet œdème aigu que l'irritation produite par des attouchements de l'isthme du gosier au moyen du doigt dans le but de provoquer des vomissements.



CONCLUSIONS

Il existe parmi les œdèmes du larynx des cas primitifs et d'origine infectieuse.

Ces œdèmes aigus primitifs peuvent présenter ou non de la suppuration, d'où : 1° œdèmes avec suppuration, comprenant les cas décrits sous le nom de laryngite phlegmoneuse, d'abcès rétro-laryngés, d'abcès du larynx ; 2° œdèmes séreux, répondant à ce qu'on a décrit sous le nom d'érysipèle primitif du larynx, d'œdème aigu infectieux bénin. Ces deux formes diffèrent au point de vue du pronostic qui est beaucoup plus sombre dans la première.

L'œdème aigu du larynx résulte d'une infection microbienne, ainsi que l'ont démontré les recherches cliniques et bactériologiques ; le streptocoque, le staphylocoque et le pneumocoque sont les agents habituels de cette infection.

L'œdème primitif laryngé a une allure clinique souvent brutale, extrêmement rapide. Il est nécessaire d'en faire le diagnostic de bonne heure pour appliquer une thérapeutique efficace.

Celle-ci usera d'abord de tous les révulsifs avant d'employer la ressource ultime, la trachéotomie. On pourra être obligé de pratiquer cette opération en présence d'accidents menaçants de sténose laryngée.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL

Vu : Le Président de la Thèse,
POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bändler. — Etude sur l'œdème aigu du larynx. (*Revue de laryngologie*, 1889).

Barjon. — Œdème aigu infectieux rétro-laryngé à pneumocoques. (*Médecine moderne*, 1891).

Barjon. — *Gazette des Hôpitaux*, mai 1894.

Berardino Martino. — Œdème aigu et primitif du larynx. (*Annales des maladies de l'oreille*, 1891).

Bantelay. J. Baron. — *Revue de laryngologie*, 1888.

Charazac. — Thèse de doctorat, Bordeaux, 1885. *Revue de laryngologie*, 1885.

Clément Rabère. — Œdème de la glotte aigu et primitif. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 24 juin 1883).

Egger. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. Juillet 1896).

Frankel. — *Revue de laryngologie*, 1888.

Garel. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* 1891.

Gottstein. — Traité des maladies du larynx.

Grœnouw. — *Archives générales de médecine*, 1890.

Georg. Avellis. — *Archives de laryngologie*, 1894.

Hope. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1885.

Hopkins. — *Archives générales de médecine*, 1896.

Seguin

- Hopkins. — *Médical Record*, 1895.
- Krishaber et Peter. — *Dictionnaire Dechambre*.
- Landgraf. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1895.
- Luc. — *Les névropathies laryngées*.
- Masssei. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1884.
- Morell-Mackenzie. — *Traité des maladies du larynx*.
- L. Lévy et Laurens. — *Archives générales de médéc.*, 1895.
- Moure. — *Revue de laryngologie*, 1888.
- Oulmont. — *Médecine moderne*, 1898.
- Ruault. — *Traité de médecine* de Bouchard et Charcot. — *Revue de laryngologie*, 1887.
- Rettu. — *Revue de laryngologie*, 1894.
- Suarez de Mendoza. — *Congrès français d'otologie et de laryngologie*, 1891.
- Strübing. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1886.
- Rhu. — *Archives internationales de laryngologie*, 1892.

